LES ESCARRES

Conseils, soins et traitements

Association Spina Bifida Handicaps associés

Notre cause est la Vôtre

N° d'agrément : 94 MT 187 - Novembre 2011

Les escarres

Ne rien mettre sur l'escarre
et surtout pas le patient.
Mais placer très vite ce qu'il faut
sous le patient avant l'escarre.
R.Vilain.

L'escarre, appelée ulcère de pression (Pressure Ulcer) chez les anglo-saxons, est défini comme une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et des proéminences osseuses.

DESCRIPTION DE TROIS TYPES D'ESCARRES SELON LA SITUATION

- l'escarre "**accidentelle**", liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience
- L'escarre "**neurologique**", conséquence d'une pathologie chronique motrice et/ou sensitive.
- L'escarre "**plurifactorielle**" du sujet polypathologique, confiné au lit et/ou au fauteuil.

L'escarre entraîne principalement douleurs et infections, et est responsable d'une consommation accrue de soins et de ressources. Sa fréquence est mal connue aujourd'hui et varie selon les contextes cliniques.
17 à 50% des patients entrant dans les services de soins prolongés présentent des escarres ; 5 à 7% des patients en court séjour développent des escarres ; et 34 à 46% des blessés médullaires dans les 2 ans à distance de l'accident.

L'escarre peut être prévenue dans une grande majorité des cas.
Une large diffusion de ces recommandations de bonne pratique clinique fondées sur l'état actuel des connaissances et sur l'expérience professionnelle a pour but d'aider les acteurs de santé, mais aussi les patients eux-mêmes, à améliorer la prévention, le traitement et le pronostic des escarres de l'adulte et de la personne âgée.

Il y a différentes circonstances pouvant être à l'origine d'une escarre, avec un dénominateur commun : la mobilité réduite.

Le traitement de base est la prévention que toute personne concernée de près ou de loin, doit retenir.
L'escarre est une maladie d'origine multifactorielle, ce qui complique sa prise en charge.

RÉPARTITION DES ESCARRES

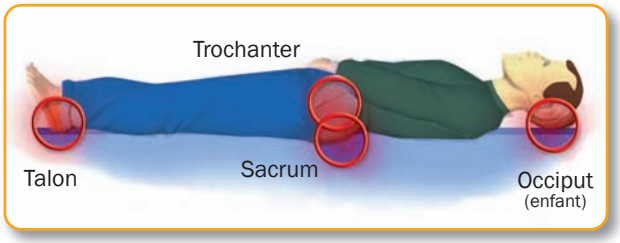
40% des escarres siègent au sacrum et 40% aux talons (Conférence de Consensus 2001. Hôpital G. Pompidou). Les autres localisations les plus fréquentes sont les ischions et le trochanter, ainsi que l'occiput en pédiatrie.

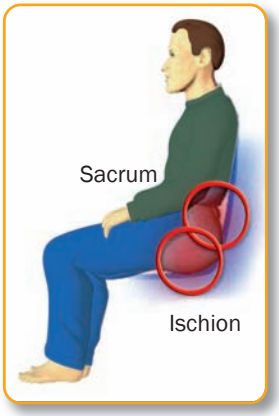
- **L'escarre du trochanter** est une escarre peu fréquente mais très dangereuse, elle peut survenir principalement chez les patients alités en position latérale.
- **Ischions** : l'escarre ischiatique est fréquente chez les patients alités en position semi-assise.
- **Talons** : localisation fréquente chez les patients en position dorsale. C'est la plus facile à guérir, et dont la prévention est la plus aisée. (adaptation de la position ou soulagement avec des accessoires, coussins de positionnement).

Autres localisations :

- **L'occiput** : escarre que l'on voit fréquemment chez le nourrisson ou en réanimation.

  Néanmoins, la guérison est souvent aisée, mais parfois, elle peut amener une zone de non-repousse capillaire.
  L'escarre peut avoir pour cause une sonde urinaire mal fixée ou mal positionnée et qui passe entre le patient et son lit.





LES FACTEURS DE RISQUE

L'immobilité et la dénutrition sont prédictoires d'une escarre :
"l'escarre est une plaie de dedans en dehors, où le rôle de la pression et de la perte de mobilité sont prédominants" d'après le Pr Robert Moulias.

- **LA PRESSION**
  Une pression de 30 à 32 mmhg (millimètre de mercure) maintenue pendant 1 à 2 heures peut bloquer le flux sanguin capillaire et provoquer une ischémie de la région entourant une saillie osseuse.
- **LA FRICTION**
  Celle-ci correspond aux frottements répétitifs de la peau contre une surface externe, y compris la main d'un soignant. La friction détruit l'épiderme et accélère l'apparition d'escarres.
- **LE CISAILLEMENT**
  Celui-ci se produit lorsque la peau ne peut pas glisser sur une surface (draps) alors que les os et les tissus sous-jacents sont forcés de se déplacer. Dès lors, il y a un étirement entre les différentes couches de la peau et un risque de décollement de celles qui sont superficielles.

LES MALADIES A RISQUES

Elles concernent les maladies neurologiques (SEP, Spina bifida,...) avec une atteinte de la sensibilité, ou s'il existe une spasticité importante, les troubles circulatoires (artériopathie, insuffisances cardiaque et respiratoire). Dans quelques situations cliniques, certains facteurs sont plus spécifiques : en neurologie, orthopédie et traumatologie, on peut retenir trois facteurs de risque fondamentaux, **la pression**, **la perte de mobilité** et **le déficit neurologique,** auxquels s'ajoutent la spasticité, l'incontinence, le risque pré-opératoire et le manque de coopération du patient.

LES SITUATIONS

Les facteurs considérés aujourd'hui comme facteurs de risque sont issus de l'expérience clinique, les principaux et en facteurs intrinsèques ou cliniques : incontinence urinaire et fécale, âge avancé, immobilité déshydratation du patient, hypoxie.Il existe également un certain nombre d'échelles validées pour évaluer la plus utilisée. Ces échelles permettent de former, sensibiliser

PERCEPTION SENSORIELLE Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression	**1 Complètement limitée** Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. **OU** A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps.	**2 Très limitée** Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. **OU** A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.
HUMIDITÉ Le degré d'humidité auquel la peau est exposée.	**1 Constamment humide** La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc... La moiteur est notée à chaque fois que la personne est changée de position.	**2 Très humide** La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.
ACTIVITÉ Le degré d'activité physique.	**1 Alité** Confinement au lit.	**2 Confinement au fauteuil** La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil ou au fauteuil roulant.
MOBILITÉ Capacité de changer et de contrôler la position de son corps.	**1 Complètement immobile** Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.	**2 Très limitée** Fait occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante.
NUTRITION Profil de l'alimentation habituelle.	**1 Très pauvre** Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. **OU** Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.	**2 Probablement inadéquate** Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. **OU** Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.
FRICTION ET CISAILLEMENT	**1 Problème** Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau frotte sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit ou au fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.	**2 Problème potentiel** Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau frotte probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les contentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion.

© Barbara Braden, Nancy Bergstrom, 1988 © version française approuvée par les auteurs traduit de l'anglais par l'ANAES.

CLINIQUES À RISQUES

facteurs de risque d'escarres sont explicatifs et peuvent être classés en facteurs extrinsèques (ou mécaniques), (paraplégie, tétraplégie...), carence nutritionnelle, fièvre, état de choc, anémie, infection, humidité excessive, le risque d'une escarre ; celle qui est validée actuellement, est **l'échelle de Braden** (voir tableau ci-dessous), et mobiliser une équipe soignante autour d'un projet de soins.

3 Légèrement limitée Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. **OU** A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.	**4 Aucune atteinte** Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.	**1**	**2**	**3**	**4**
3 Occasionnellement humide La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.	**4 Rarement humide** La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.	**1**	**2**	**3**	**4**
3 Marche à l'occasion Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart de chaque quart de travail au lit ou au fauteuil.	**4 Marche fréquemment** Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures en dehors des heures de sommeil.	**1**	**2**	**3**	**4**
3 Légèrement limitée Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.	**4 Non limitée** Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.	**1**	**2**	**3**	**4**
3 Adéquate Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. **OU** Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels.	**4 Excellente** Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.	**1**	**2**	**3**	**4**
3 Aucun problème apparent Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil.		**1**	**2**	**3**	**4**
		Total			

Plus le score est bas (15 ou moins), plus l'individu a de risques de développer une escarre.

DESCRIPTION ET

Dès la phase initiale, communiquer l'état d'une escarre et sa description sémiologique :

le siège, la taille, la profondeur, l'aspect général, l'aspect de la bordure, l'existence d'un décollement et son aspect, l'odeur, la suspicion d'une fistule ou d'une ostéite sous jacente, la sensibilité de l'ensemble des structures concernées, l'humidité ou la sécheresse de la nécrose, la présence ou non d'un saignement, la présence ou l'importance du bourgeonnement ou de la fibrine, etc...

Classification anatomo-clinique en 4 stades

NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory Panel.

L'évaluation du suivi est utile à la continuité des soins, à la cohérence et à la pertinence des décisions de traitement. Cette évaluation doit permettre un meilleur suivi de l'évolution de l'escarre.

En pratique, il est conseillé que le suivi comprenne :

- Une appréciation de la couleur de la plaie et du pourcentage respectif des tissus selon leur couleur après nettoyage de la plaie, au moyen d'une échelle colorielle en 3 ou 5 couleurs.
- La mesure de la surface de la perte de substance avec une réglette millimétrée ou un calque.
- La mesure de la profondeur avec un stylet et une réglette millimétrée.
- La topographie de la plaie en utilisant un schéma.

Stade 0

peau intacte mais risque d'escarre.

Stade I

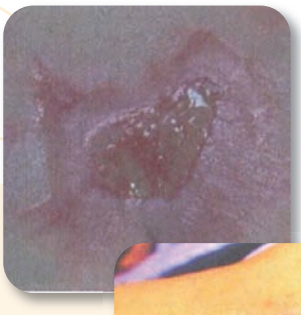
Erythème cutané sur une peau apparemment intacte ne disparaissant pas après la levée de la pression ; chez les personnes à la peau pigmentée ; modification de couleur (teinte rouge, bleue ou violacée persistance), oedeme.

Stade II

Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie (mais pas sur toute son épaisseur) le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle.

Ces 2 stades peuvent être réversibles, si soins adaptés.

STADES D'ÉVOLUTION



Stade III

Perte de l'épaisseur de la peau. L'escarre se présente comme une ulcération dont la profondeur et l'aspect dépendent de sa localisation (les escarres stade 3 des malléoles et de l'occiput sont moins profondes que celles des Ischions). La graisse sous cutanée et les facias peuvent être visibles mais pas l'os, les tendons ou les muscles (préciser le type de nécrose : sèche ou humide).

Stade IV

Perte de toute l'épaisseur de la peau avec atteinte plus ou moins importante des muscles, des os, articulations ou tendons. Les fistules peuvent être associées au stade 4 de l'escarre.

LES COMPLICATIONS

Complications locales

L'infection se caractérise par deux symptômes cliniques obligatoires :

Rougeur, sensibilité ou gonflement des bords de la plaie, et par l'isolement bactériologique d'un germe à la culture du liquide obtenu par aspiration ou biopsie d'un tissu viable de l'escarre (10^5 x germes/ml ou gramme de tissu) et/ou à l'hémoculture. L'infection qui peut intéresser l'escarre ou les tissus et les structures immédiates (cellulites, érysipèle, arthrite septique, abcès profond, ostéite, fistule), est à redouter. En l'absence de signes locaux d'infection, le prélèvement bactériologique d'une escarre est sans intérêt. Lors d'un retard ou d'une absence de cicatrisation, il est nécessaire de rechercher et de traiter une anémie, une carence nutritionnelle, une artériopathie, une mauvaise oxygénation, des soins locaux inadaptés, des soulagements de points d'appuis insuffisants ....etc.

Complications générales

Elles se caractérisent par une dénutrition par hypercatabolisme, septicémie et décès. Dégradation de la qualité de vie du patient par une diminution de l'autonomie et de la liberté de mouvement. Une dépression réactionnelle doit être systématiquement recherchée et traitée.

MESURES GENERALES DE PRÉVENTION

La mise en place des mesures générales de prévention commence dès l'inscription des facteurs de risque. Elle s'applique à tout patient dont l'état cutané est intact, mais estimé à risque, et vise à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients déjà porteurs d'escarre.

Les mesures de prévention :

- Identifier les facteurs de risque au moyen du jugement clinique, associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque. L'élaboration d'une stratégie de prévention adaptée à chaque patient découle de l'évaluation du risque, réalisée dès le premier contact avec le patient.
- Diminuer la pression en changeant la position du patient toutes les 2 à 3 heures. Eviter les appuis prolongés par la mobilisation, la mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche précoce. Le décubitus latéral oblique à 30° par rapport au plan du lit est à privilégier, car il réduit le risque d'escarre du trochanter.
- Utilisation des supports (matelas, surmatelas, coussins de siège, accessoires de positionnement) adaptés au patient et à son environnement.
- Observer de manière régulière l'état cutané et les zones à risque (quotidiennement, à chaque changement de position et lors des soins d'hygiène) afin de détecter précocement une altération cutanée. L'observation cutanée doit être associée à une palpation de la peau, à la recherche d'une induration (durcissement) ou d'une chaleur, notamment pour les peaux pigmentées.
- Maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération par une toilette quotidienne et renouvelée, si nécessaire. Le massage et la friction des zones à risque sont à proscrire, ceux-ci diminuant le débit microcirculatoire. L'effleurage peut et doit se faire sur peau saine dépourvue de toute rougeur. Les frictions et les applications de glaçons et d'air chaud sont à proscrire également.
- Assurer un équilibre nutritionnel pour évaluer les prises alimentaires quantitativement. L'utilité d'une prise en charge nutritionnelle spécifique a été suffisamment évaluée.
- Favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres par une information et des actions éducatives ciblées, en fonction du risque d'escarre (autosurveillance, autosoulèvement).

LES TRAITEMENTS DE L'ESCARRE

Le traitement de l'escarre est à la fois local et général, qui prend en compte la personne et la plaie. Le succès du traitement est conditionné par une prise en charge pluridisciplinaire, une adhésion des soignants à un protocole de soins et la participation active du patient et de son entourage.

La douleur, pendant les soins, doit être prise en compte et soulagée.

- Stade 1 : le traitement de la rougeur : supprimer la pression en changeant de position toutes les 2 à 3 heures, utiliser si besoin, (urines, macaration) un film semi-perméable ou un hydrocolloïde.
- Stade 2 : le traitement de la phlyctène : évacuer le contenu et maintenir le toit de la phlyctène, recouvrir avec un pansement hydrocolloïde ou un pansement gras.
- Stade 3 et 4 : le traitement de l'escarre constituée, la détersion est nécessaire sur les plaies nécrotiques et/ou fibrineuse. Elle peut être mécanique (en évitant saignement et douleur) ou aidée par un pansement (tel que alginates ou hydrogel), adapté à l'état de la plaie.

Le recouvrement de la plaie par un pansement permet de maintenir un milieu local favorisant le processus de cicatrisation spontanée. Le choix du pansement s'appuie en particulier sur l'aspect de la plaie (sèche, exudative, hémorragique, malodorante, sa couleur. Dans l'étude de la littérature, aucun élément ne permet de préconiser un pansement plutôt qu'un autre.

TYPES DE PANSEMENTS DISPONIBLES EN FONCTION DE L'ÉTAT DE LA PLAIE	
ETAT DE LA PLAIE	**TYPE DE PANSEMENTS**
Plaie anfractueuse	Alginate mèche/hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire } selon le stade
Plaie exudative	Alginate Hydrofibre
Plaie hémorragique	Alginate pur (un seul a l'agrément en pansement : BROTHIER)
Plaie bourgeonnante Hydrocolloïde - Hydrocellulaire	Pansement gras
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local* Nitrate d'argent en bâtonnet : povidone iodée en application locale
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde mince, en l'état à saturation Film polyuréthane transparent (plus en protection) Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon
Retard cicatrisation	Acide hyaluronique ou matrice anti protéase

*Il serait souhaitable de diposer de pansements corticoïdes sans antibiotique.

NOTA :

Ne pas changer de type de pansement sans se poser certaines questions :

1/ mauvaise indication ?
2/ utilisation pendant une période, trop courte ?
3/ utilisation pendant une période, trop longue ?
4/ non respect du mode d'emploi ?
5/ complication intercurrente locale ?
6/ facteurs généraux entravant la cicatrisation ?

L'ENTRETIEN DE L'ESCARRE INFECTÉE

L'infection est à distinguer de la colonisation bactérienne. Celle-ci est constante dans les plaies chroniques. Elle est utile à la cicatrisation et doit être contrôlée par un nettoyage et une détersion soigneuse des tissus nécrotiques.

L'infection d'escarre se caractérise ainsi :

- Deux des symptômes doivent être présents : rougeur, sensibilité ou gonflement des bords de la plaie ; et l'une des observations suivantes : germe isolé de la culture du liquide obtenu par aspiration ou biopsie du bord de l'ulcère ; germe isolé par hémoculture. L'infection suspectée sur des signes locaux est affirmée au delà de 10^6 germes/ml (ou gramme de tissu) sur les prélèvements (liquide de ponction, de biopsie) et/ou hémoculture.
- Le traitement de la douleur de l'escarre.

La douleur de l'escarre peut être spontanée, brutale ou inattendue, lors de changements de position, ou lors de mobilisations ou présente en continu. Il n'y a pas de corrélation entre la douleur et la taille de l'escarre.
Il est conseillé d'évaluer régulièrement la douleur afin de mieux orienter la prise en charge.

L'analyse de la douleur et son évaluation :

- De ses causes (soins de la plaie, mobilisation, changements de position),
- De non intensité : pour une auto évaluation par le patient lui-même en utilisant une échelle validée, complétée par une observation clinique (posture, faciès, gémissements, limitation de mouvements). Chez le patient incapable de communiquer, l'observation clinique décrite ci-dessus est préconisée ou l'utilisation d'une échelle telle que Doloplus ou ECPA,
- l'OMS recommande d'utiliser des antalgiques selon la stratégie en 3 paliers.
  Dans tous les cas, ne pas s'attarder plus de 24 à 48h sur un palier qui s'avère inefficace.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

La chirurgie est nécessaire en cas de nécrose tissulaire importante, d'exposition des axes vasculo-nerveux, des tendons ou des capsules articulaires, d'exposition de l'os et d'infection. Il existe différentes techniques de recouvrement d'escarre, le choix dépend de l'importance des lésions et des possibilités d'autogreffes.

L'acte chirurgical doit être encadré d'une préparation médicale et de soins postopératoires particulièrement rigoureux. Ces soins sont axés sur la surveillance de l'état cutané local, l'aspect de la plaie et des sutures, ainsi qu'une mise en décharge en utilisant un support (matelas, surmatelas etc....), un équilibre nutritionnel et hydro-électrolytique.

TRAITEMENT PAR DÉPRESSION (SYSTÈME VAC, VISTA OU RENASYS, ETC...)

Il existe des dispositifs actuellement qui permettent de traiter les escarres de stade 3 ou 4 (après détersion des tissus nécrosés) par un procédé non invasif par application locale d'une pression négative continue ou discontinue.

Ces systèmes favorisent ainsi la détersion du tissu de granulation par :

- La diminution de l'oedème et des exudats formés dans la plaie.
- La diminution de la colonisation bactérienne.
- L'amélioration de la circulation vasculaire et lymphatique et de l'oxygénothérapie locale.

Les contre indications :

Patient sous traitement anticoagulant, patient avec problèmes d'hémostase, ostéomyélite, nécrose de masse tumorale, pyoderma gangrenosum. Dans tous les cas, ces systèmes sont des gestes de spécialistes, ce sont des moyens très coûteux, qui sont, semble t-il, en cours d'évaluation en milieu de rééducation pour les plaies chroniques des patients neurologiques à mobilité réduite.

Ces systèmes sont utilisés sur prescription médicale réservés à l'hôpital ou en HAD (prise en charge).

Mesures de prévention :

Identifier les facteurs de risque et indiquer les actes nécessaires (cela concerne l'ensemble des professionnels de santé en contact avec le patient).

Assurer un équilibre nutritionnel : évaluer les prises alimentaires quantitativement et maintenir une hydratation correcte si une dénutrition est dépistée, il faut envisager des apports hypercaloriques et hyperprotidiques.

Il est souhaitable d'avoir recours à une évaluation multi paramètres régulière de la nutrition IMC (Indice de la Masse Corporelle) (voir tableau), albumine, pré albumine, cholestérol sanguin.

- Maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération par une toilette quotidienne.
- Observer de manière régulière l'état de la peau et les zones à risque.
- Informations et actions éducatives ciblées.
- Etablir une démarche d'amélioration de la qualité de la prévention et du traitement des escarres en utilisant des protocoles.
- Evaluer les pratiques professionnelles.

IMC (Indice de la Masse Corporelle)

La masse corporelle :

s'évalue par l'I.M.C = Indice de Masse Corporelle

I.M.C = rapport : Poids (kg) / Taille^2 (cm)

Sans calcul, on peut directement obtenir l'I.M.C en se référant à ce tableau ➔

Moyenne (normale)	si 19 ≤	I.M.C < 25
Au-dessus de la moyenne	si 25 ≤	I.M.C < 30
Obésité	si	I.M.C ≥ 30
En dessous de la moyenne	si	I.M.C < 19

L'appétit :

L'évaluation s'effectue par la surveillance des apports alimentaires, si besoin, à l'aide du bilan calorique.

Lorsqu'un patient est alimenté par nutrition entérale (sonde nasogastrique ou autres sondes : GPE, JPE, transpylorique) **ou par nutrition parentérale**, il faut considérer l'apport calorique administré par ces dernières comme :

Normale	apport calorique	≥	1600 Kcal
Faible	apport calorique	<	1600 Kcal
Hydratation seule	apport calorique	=	0, apport hydrique uniquement
A jeun ou anorexique	apport calorique et hydrique	=	0

Poids en Kg — *Taille en cm* →

	150	153	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	190	
45	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	12	12	EN DESSOUS DE LA MOYENNE
47	21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	14	14	13	13	13	
50	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14	13	
52	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	17	16	16	15	15	14	14	
54	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	
57	24	24	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	16	15	
59	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	
61	26	26	25	24	23	22	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	
63	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	18	18	17	17	
66	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	18	18	
68	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	22	21	20	20	19	19	18	
70	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	MOYENNE
72	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	19	
75	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20	
77	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	
79	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	
82	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	
84	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23	
86	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24	23	
88	38	37	36	35	33	32	31	31	30	29	28	27	26	26	25	24	24	
91	39	38	37	35	34	33	32	31	30	30	29	28	27	26	26	25	24	
93	40	39	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26	25	AU-DESSUS DE LA MOYENNE
95	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	26	
98	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27	26	
100	43	42	40	39	38	37	36	34	33	32	32	31	30	29	28	27	27	
102	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27	
104	45	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29	28	
107	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	
109	47	45	44	43	41	40	39	38	36	35	34	33	33	32	31	30	29	
111	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	31	30	OBESITE
114	49	47	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	

SUPPORT DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES

La mise en place d'un support adapté d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre fait partie des actions prioritaires pour limiter la pression d'interface entre la peau et le support et favoriser la récupération de la mobilité. De nombreux dispositifs de support existent : lits, matelas, surmatelas, coussins de siège et accessoires de positionnement.
La classification en concept permet de rassembler selon un même mode d'action, tous les supports (matelas et surmatelas) ayant les mêmes objectifs et, globalement, les mêmes performances.

- **Concept 1** : support statique et matériau qui se conforme au patient.
- **Concept 2** : support dynamique travaillant de façon discontinue.
- **Concept 3** : support dynamique travaillant de façon continue.

Le choix d'un support relève de l'équipe soignante qui doit s'appuyer sur des critères de choix explicites.
La stratégie de choix d'un support repose sur les facteurs de risque et le morphotype du patient, les ressources humaines et matérielles disponibles et les contraintes d'organisation.

Critère de choix d'un matelas ou d'un surmatelas :

- Niveau de risque.
- Nombre d'heures passées au lit.
- Degré de mobilité du patient.
- Fréquence des changements de position.
- Possibilité de réaliser ces manipulations en particulier à domicile.
- Transfert lit-fauteuil possible ou non.

CRITÈRES DE CHOIX D'UN SUPPORT DE LIT

Support proposé	Caractéristiques du patient
Surmatelas statique	Pas d'escarre **et** risque d'escarre peu élevé **et** patient pouvant se mouvoir dans le lit **et** passant moins de 12 heures par jour au lit.
Matelas statique	Pas d'escarre **et** risque d'escarre moyen **et** patient pouvant se mouvoir dans le lit **et** passant moins de 15 heures par jour au lit.
Surmatelas dynamique	Patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) ou risque d'escarre élévé **et** plus de 15h par jour au lit **et** incapable de bouger seul.
(Système alterné) ou basse pression Matelas dynamique de façon continue ou discontinue	Patient ayant des escarres de stade élevé (stade 2) **et** ne pouvant bouger seul au lit **et** qui n'ayant pas bougé de position quand il est au lit où il reste plus de 20h par jour, son état s'aggravant.

EDUCATION, FORMATION ET INFORMATION DU PATIENT ET DE SA FAMILLE

L'information et l'éducation du patient et de sa famille, donnée par l'équipe soignante, consiste à favoriser leur participation à la prévention et au traitement de l'escarre. (Dans le cadre d'un retour à domicile).

L'INFORMATION DU PATIENT ET DE SA FAMILLE

Elle concerne les patients à mobilité temporairement réduite et pour lesquels le risque d'escarre est limité dans le temps. L'objectif étant d'expliquer à la personne son état de santé, de lui décrire la nature et le déroulement des soins afin de lui donner les éléments pour prendre des décisions en connaissance de cause.

L'ÉDUCATION DU PATIENT ET DE SA FAMILLE

Elle doit être envisagée systématiquement pour toutes les personnes à mobilité réduite permanente y compris les personnes âgées dépendantes avec un risque d'escarre élevé.

DÉMARCHE ÉDUCATIVE

- Adapter l'éducation en fonction de la connaissance du patient et de l'identification de facteurs facilitant et limitant les compétences.
- Se mettre en accord avec le patient sur les compétences qui lui sont les plus utiles à acquérir chaque fois que nécessaire : les facteurs de risque d'escarres spécifiques au patient, l'auto-surveillance cutanée aux points d'appui, la mobilisation et les changements de position, l'hydratation et l'alimentation, l'hygiène de la peau, l'élimination urinaire et/ou fécale, l'habillement, l'adaptation à l'environnement, la prise en charge de la douleur et la participation aux soins des plaies.

CONCLUSION

L'escarre ou la plaie de pression est une maladie multifactorielle.

L'escarre suppose 2 facteurs pathogènes : **L'immobilité et la dénutrition**.

Son traitement repose sur la prévention et le soin adapté qui exigent une connaissance et une formation continue sur les escarres de l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent dans les populations à risque.

Source : Conférence de Consensus 2001. Hôpital G. Pompidou, Paris.

Document relu et corrigé par Mme M.T. GATEL, stomathérapeute CHU Pontchaillou, Rennes.

Tous droits réservés ASBH.

épilogue

les 10 commandements

Les risques d'escarres, tu évalueras.

La literie, tu adapteras.

Les points d'appuis, tu surveilleras.

Les changements de positions, tu effectueras.

L'hygiène corporelle, tu maintiendras.

L'incontinence, tu préviendras.

L'appétit, tu solliciteras.

La mobilité, tu conserveras.

L'autonomie, aussi, tu développeras.

Le patient, tu éduqueras.

lexique

ERYSIPÈLE : maladie cutanée infectieuse et contagieuse aigüe. L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne (DHD), qui siège dans plus de 80% des cas aux membres inférieurs. La porte d'entrée de l'infection peut être une petite plaie cutanée ou une lésion des muqueuses.

PHLYCTÈNE (OU AMPOULE) : zone où le tissu, comme la peau, a enflé et s'est empli de pus ou d'autres sécrétions aqueuses. Les phlyctènes sont une lésion dermatologique (soulèvement de l'épiderme rempli de sérosité transparente).

ANFRACTUEUSE : cavité irrégulière, enfoncement sinueux.

LÉSION CUTANÉE D'ORIGINE ISCHÉMIQUE : lésion ayant pour origine une diminution ou une interruption de l'irrigation sanguine dans les tissus cutanés risquant d'entraîner une nécrose.

PANSEMENT HYDROCOLLOÏDE : pansement à base de substance semi-synthétique (carboxyméthylcellulose). Forme de gel chaud et humide au contact de la plaie. Propriétés : pouvoir absorbant élevé, imperméable aux liquides et aux bactéries, maintien de l'humidité.

EXUDAT : liquide organique de nature inflammatoire, riche en albumine, formé par le passage de sérum à travers les parois musculaires dans les tissus voisins.

PLAIES NÉCROTIQUES : siège d'une nécrose (mort des cellules ou tissus).

PLAIES FIBREUSES : composées de fibrine (protéine fibromateuse) qui emprisonne les cellules du sang au cours de la coagulation et contribue à la formation du caillot.

PANSEMENT D'ALGINATES : pansement ayant pour origine une algue brune. Forme un gel qui capture les débris nécrotiques. Utilisé pour la détersion de la plaie. Propriétés, pouvoir absorbant élevé, augmentation de la vitesse de cicatrisation.

ALBUMINE : nom générique de substances composées de carbone, d'azote, d'oxygène appartenant aux groupes des protéines, contenues dans le sérum sanguin, le lait, l'oeuf, le muscle, ainsi que dans certains végétaux. Elles sont solubles dans l'eau, coagulées par la chaleur (70-90%). Par hydrolyse, elles donnent des acides aminés et de l'ammoniaque.

ALBUMINÉMIE : excès d'albumine dans le sang (hyperalbuminémie).

HYPERCATABOLISME : le métabolisme est constitué du catabolisme (dégradation de composés organiques : lipides, glucides ou protéines produisant de l'énergie) et de l'anabolisme (assimilation des nutriments et transformation en composants de l'organisme). L'hypercatabolisme correspond à une très forte augmentation des phénomènes de catabolisme, dû à un phénomène inflammatoire, la reconstitution d'une plaie...). Il consomme de fortes ressources énergétiques provenants des aliments, des réserves lipidiques et, si besoin, des muscles (d'où une perte de la masse musculaire).

SEPTICÉMIE : elle se caractérise par des décharges importantes et répétées dans le sang des germes pathogènes provenant d'un foyer infectieux. (zone où se trouve une concentration importante de bactéries) ; par exemple, le foyer utérin, le foyer pulmonaire, le foyer cardiaque.

ISCHEMIQUE : arrêt ou insuffisance de la circulation sanguine dans une partie du corps ou un organe, qui prive les cellules d'apport d'oxygène et entraîne leur nécrose.

TROCHANTER : Saillie quadrilatère de l'extrémité supérieure du fémur. Par ses faces et ses bords, elle donne insertion à la plupart des muscles de la hanche.

ISCHIONS : Segment de l'os iliaque qui forme la moitié postérieure du cadre osseux du trou obturateur.

ISCHÉMIE : Arrêt ou insuffisance de l'apport du sang dans un organe ou dans un tissu. Elle peut être due à une vasoconstriction, à une obstruction ou à une compression artérielle.

SPASTICITÉ : désordre moteur, caractérisé par une augmentation de la vitesse dépendante du réflexe tonique d'étirement et une augmentation des réflexes ostéotendineux.

HYPOXIE : diminution de la teneur du sang en oxygène.

SÉDATION : Apaisement par les sédatifs, modère l'activité fonctionnelle exagérée d'un organe, ou calme la tension nerveuse.

DÉTERSION : Elimination des tissus nécrotiques pour créer un environnement favorable à la cicatrisation.

OSTÉOMYÉLITE : Inflammation de la moelle osseuse et du tissu osseux adjacent, causée par une infection. (staphylocoque doré).

A.S.B.H.
B.P.92 - 3 bis avenue Ardouin - 94420 Le Plessis Trévise
Fax : 01.45.93.07.32

N° VERT 0800.21.21.05
appel gratuit depuis un poste fixe

Email : spina-bifida@wanadoo.fr
Site : www.spina-bifida.org

Agrément Ministériel Jeunesse et Education Populaire : N° 94-03-JEP014
Agrément de représentation des usagers : N° 2008AG0022
Agrément du service civique : N° NA000100005400